



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA
SEÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

À
FACULDADE/CURSO DE: _____
SENHOR DIRETOR:

Eu, _____

aluno(a) regularmente matriculado(a) nesta Faculdade/Curso sob nº. _____
solicito o regime de exercícios domiciliares, na forma da lei.

As disciplinas/atividades solicitadas em regime especial são as seguintes:

- a. _____ turma _____ Prof. _____
b. _____ turma _____ Prof. _____
c. _____ turma _____ Prof. _____
d. _____ turma _____ Prof. _____
e. _____ turma _____ Prof. _____
f. _____ turma _____ Prof. _____
g. _____ turma _____ Prof. _____
h. _____ turma _____ Prof. _____

Pelotas, ____ de _____ de _____

assinatura do aluno(a)

Informações do(a) aluno(a):

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Orientamos a ficar atento ao seu e-mail, pois os contatos da Seção de Perícia Médica necessários serão feitos por este meio.

ESPAÇO RESERVADO PARA PERÍCIA MÉDICA DA UFPEL

O requerente está amparado em lei, por motivo de saúde, devendo realizar provas ou trabalhos que ocorreram no período de ____/____/____ à ____/____/____ em data a ser marcada pelos responsáveis.